

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 50

Travail du Service Hospitalier de Dermato-Syphiligraphie
de l'Antiquaille

Contribution à l'étude
des FORMES ANORMALES
de la MALADIE de HANSEN
Difficulté de leur diagnostic

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean FABRE

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Diplômé de Bactériologie*

Né le 22 Août 1908, à ALBI (Tarn)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

Contribution à l'Etude des Formes Anormales
de la Maladie de Hansen
Difficulté de leur diagnostic



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 50

Travail du Service Hospitalier de Dermato-Syphiligraphie
de l'Antiquaille

Contribution à l'étude
des FORMES ANORMALES
de la MALADIE de HANSEN
Difficulté de leur diagnostic

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 21 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean FABRE

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Diplômé de Bactériologie*

Né le 22 Août 1908, à ALBI (Tarn)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X... (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	PATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINE	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président; CHALIER J., assesseur;
GATÉ et BERNHEIM

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
Mort pour la France

La mort l'a ravi trop tôt à notre
affection et nous a privé de son sou-
tien dans la vie.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

Je lui dois tout ; ce modeste ou-
vrage n'est qu'un bien faible témoi-
gnage de notre affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et l'assurons de la sincérité de nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ

Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et le prions de croire à toute notre gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ
DE TOULOUSE

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ
DE LYON

A MES MAITRES ET A MES CHEFS
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce travail nous a été suggérée par M. le Professeur agrégé Gaté, à l'occasion d'une maladie dont il a été publié l'observation dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Qu'il nous soit permis ici, de le remercier vivement d'avoir bien voulu nous confier ce travail et de nous avoir prodigué ses sages conseils.

Nous ne saurions aussi trop remercier M. le Docteur Michel pour l'accueil aimable qu'il nous a toujours réservé et pour la collaboration étroite dont il nous a favorisé.

Contribution à l'Etude des Formes Anormales
de la Maladie de Hansen
Difficulté de leur diagnostic

INTRODUCTION

La lèpre est la maladie protégée par excellence, « la morphée aux travestissements nombreux » dont parle Zambaco. Elle ne revêt pas une allure et une symptomatologie uniformes, ses manifestations sont les plus diverses et elle se cache sous les apparences les plus variées. Comme toutes les maladies, à mesure que nos connaissances cliniques s'étendent, que nos moyens de diagnostic deviennent plus nombreux et plus fidèles, la maladie de Hansen nous paraît déborder assez souvent le cadre étroit de la symptomatologie classique.

Cette maladie qui, au moyen âge, était un véritable fléau social, a régressé et presque disparu de nos jours, dans notre pays. Cependant, elle existe encore à l'état endémique dans certaines régions de la France. Le plus souvent, le lépreux que nous avons à examiner a contracté son mal dans un pays où la maladie de Hansen fait encore de nombreux ravages.

En dehors de certains milieux, cette affection, disons-le bien, est peu connue. Elle passe parfois ina-

perçue lorsqu'elle se présente avec son cortège de symptômes classiques ; le Docteur Bonnet, à ce sujet, rapporte à la III^e Conférence internationale de la lèpre, une observation caractéristique que nous nous permettons de citer :

« Il y a un mois, un confrère m'adressa une domestique qu'il soignait depuis plusieurs mois pour une violente névralgie de la région scapulaire gauche et qui présentait plusieurs taches fauves sur le corps, des doigts en rave, de gros nerfs cubitaux... Cette malade, atteinte de lèpre nerveuse, était restée plus d'un an comme cuisinière chez un médecin originaire d'un village où les lépreux n'étaient pas rares ; à cette époque, l'anesthésie des mains était telle que sur les conseils de son maître, elle faisait la cuisine avec des gants pour éviter les brûlures. »

Si la maladie de Hansen, dans ses formes classiques, passe inaperçue, à plus forte raison sera-t-elle méconnue lorsque la symptomatologie sortira du cadre que lui ont assigné les classiques. Or, il est d'autant plus regrettable de la méconnaître, qu'ici plus que partout ailleurs, il importe de faire un diagnostic précoce, condition essentielle d'une prophylaxie et d'un traitement efficace. Plus tôt le mal aura été dépisté, moins grands seront les ravages, moins difficile sera la guérison, moins importants seront les dangers de dissémination de la maladie.

Pour ces différentes raisons, il nous a paru utile d'attirer l'attention des médecins sur certaines formes de lèpre dans lesquelles le diagnostic présente une

réelle difficulté. Après un rappel succinct de la symptomatologie classique, nous avons envisagé quelques difficultés du diagnostic de la lèpre liées soit à certaines anomalies de début, soit à un certain degré d'atypie de ses manifestations objectives ultérieures.

CHAPITRE PREMIER

Rappel de la symptomatologie classique de la lèpre

La lèpre est une maladie infectieuse chronique déterminée chez l'homme par la pullulation en foyers d'un bacille spécifique découvert en 1871 par Armauer Hansen.

Parfois la porte d'entrée du bacille est évidente, le plus souvent elle passe inaperçue.

PÉRIODE D'INVASION : SIGNES PRÉMONITOIRES.

Ce sont de légères poussées thermiques, des troubles digestifs sans caractères spéciaux, de la fatigue générale, un besoin intense de sommeil, des épistaxis, une sudation exagérée ou au contraire insuffisante en des régions limitées du corps, du gonflement des ganglions..., etc.

Cette période d'invasion peut aussi se manifester par des troubles nerveux : picotements et fourmillements au niveau des doigts ou des pieds, douleurs

d'apparence rhumatismale, sensibilité extrême à certains contacts. La percussion des os longs des membres et des os plats du crâne est douloureuse (Le Dantec).

PÉRIODE D'ÉTAT :

A cette période, la maladie de Hansen peut se présenter sous trois formes : la lèpre tuberculeuse, la lèpre nerveuse, la lèpre mixte. Nous allons successivement envisager ces trois formes.

I. — LÈPRE TUBEUCULEUSE. — Elle débute par une éruption de taches ou macules qui peuvent être hyperémiques, hyperchromiques ou achromiques. A leur niveau on a le plus souvent des troubles sensitifs et trophiques. Cependant, il faut bien le savoir, il n'y a là rien d'absolu (De Beurmann, Gougerot). Ensuite ces régions couvertes de macules deviennent le siège d'infiltration bacillaire dense. Tantôt les bacilles sont réunis en gros foyers isolés dans la peau saine, provoquant la constitution de tubercules lépreux, tantôt au contraire les bacilles infiltrent les téguments sur une grande étendue, déterminant des lépromes en nappe. Les ganglions participent également à l'inflammation. Rappelons en passant un aspect particulier et caractéristique de l'affection, le masque léonin ou léontiasis lépreux, dû à une infiltration massive de la face.

Ces lépromes peuvent disparaître par résorption, mais s'ils persistent et si un traitement n'intervient pas,

ils subissent la fonte purulente. Le lépreux présente de vastes ulcérations qui peuvent amener la dénudation des tendons, la nécrose des os, c'est la lèpre mutilante tuberculeuse. Du côté des muqueuses, les ulcérations lépreuses provoquent des ravages encore plus grands, rhinite, laryngite, ozène lépreux. L'œil peut seulement être effleuré par le mal (iritis) ou bien subir la fonte purulente ; les testicules peuvent parfois être atteints.

L'évolution de ces lésions peut s'accompagner de phénomènes généraux, poussées fébriles, état saburral, etc., etc... Cette lèpre peut évoluer lentement pour son propre compte, généralement sous forme de poussées successives, ou bien elle peut se transformer en lèpre nerveuse.

II. — LÈPRE NERVEUSE. — A) *Période d'éruption* : Tout au début nous retrouvons une période d'éruption de macules et de bulles. Les macules se développent d'une façon symétrique, suivant parfois le trajet d'un nerf comme dans le zona. A leur niveau on observe souvent la dissociation syringomyélique. Les bulles auréolées d'un anneau rougeâtre renferment tout d'abord un liquide séreux, puis purulent ; elles se dessèchent au bout de quelques jours, puis font place à une desquamation. Leur siège, par ordre de fréquence, est le dos de la main et des pieds, les coudes, les genoux, le dos. Lorsque l'éruption est plus intense la bulle s'ulcère, laissant après guérison une cicatrice d'un blanc nacré.

B) *Période de névrite* : Après la période d'éruption ou concurremment avec elle, commence la période de névrite. La présence de bacilles de Hansen dans les

troncs nerveux donne lieu tout d'abord à des symptômes irritatifs, ensuite à des troubles sensitifs et trophiques.

1° Phase d'irritation : Les symptômes irritatifs se présentent sous la forme de névralgies et de sensations douloureuses très variées, allant du simple fourmillement à la sensation de brûlure par le fer rouge. Ces douleurs ont pour siège habituel les territoires innervés par le cubital, les péroniers, les tibiaux, le sciatique. La palpation met en évidence une augmentation de volume et l'existence de renflements le long du nerf.

2° Phase de dégénérescence : A la phase d'irritation fait suite la phase de dégénérescence qui se caractérise par la succession de troubles sensitifs et de troubles trophiques.

a) Troubles sensitifs : L'anesthésie en est le symptôme capital : primitivement rubannée, elle tend à prendre le type segmentaire. Elle débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. A mesure qu'elle progresse, elle devient de plus en plus profonde. Il est rare, tout au moins au début, que les divers modes de sensibilité soient simultanément abolis. Les sensibilités thermiques et douloureuses sont altérées les premières. La sensibilité tactile est la dernière touchée.

b) Troubles trophiques : Du côté de la peau, la chute et la raréfaction du système pileux, la sécheresse de la peau, l'altération des ongles, les maux perforants constituent les principaux troubles.

Du côté des muscles, on peut observer une amyotrophie, débutant à l'extrémité libre du membre, pour

remonter et s'étendre vers la racine. Les réflexes sont le plus souvent exagérés, quelquefois abolis.

III. — LÈPRE MIXTE. — Les cas de lèpre purement tégumentaire ou de lèpre purement nerveuse sont rares ; habituellement les deux formes précédentes s'associent chez le même sujet. Cette forme de la maladie de Hansen a une symptomatologie très variable, la combinaison des divers symptômes, tuberculeux et nerveux, pouvant varier à l'infini.

CHAPITRE II

Formes anormales de début

Si comme nous venons de le voir dans le précédent chapitre, la lèpre tout à son début se présente à nous avec son cortège de symptômes caractéristiques, le diagnostic s'imposera et aucune hésitation ne sera permise. Mais malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et l'on dirait que la lèpre ayant conscience de sa laideur, veut garder l'incognito; elle se dissimule souvent derrière des manifestations vagues, nullement caractéristiques, à tel point qu'il est même difficile de la soupçonner. Les spécialistes, les médecins du pays à lèpre, cependant très avertis, la laissent souvent échapper; à plus forte raison un médecin non spécialisé, exerçant dans nos régions, ne pensera pas, devant de tels malades, à la maladie de Hansen. Cependant, comme nous l'avons dit, c'est à cette période que le diagnostic est d'une importance capitale, au double point de vue thérapeutique et prophylactique. Dans certains cas, la maladie de Hansen se traduira en tout et pour tout par des signes généraux et fonctionnels des plus vagues, c'est ce que Joachim Mottat appelle si bien la *lepra incipiens*. Dans d'autres cas, une seule

manifestation lépreuse - retiendra notre attention et devra nous suffire pour établir notre diagnostic. Il s'agira, d'autres fois, de quelques bulles, plus ou moins intenses, devant lesquelles il faudra savoir penser à la lèpre. Enfin, il nous arrivera d'être obligé d'aiguiller notre diagnostic vers la maladie de Hansen devant un malade présentant un syndrome aigu.

Nous allons dans ce chapitre examiner successivement ces quatre formes de début.

Le bacille de Hansen a pénétré dans l'organisme, il va s'y développer sans bruit, le mal est à l'état de latence. Mais il arrivera un moment où cette infection lépreuse, qui a évolué sournoisement jusque-là, va se faire jour. Elle va se traduire le plus souvent par des symptômes pathognomoniques, mais parfois, et ce sont les cas que nous envisageons, la symptomatologie sera très pauvre. Quelques poussées fébriles, une adénopathie généralisée doivent suffire pour faire penser à la lèpre, lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade qui a eu des contacts avec des lépreux, ou qui, dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux présente des cas de maladie de Hansen. Les deux observations qui suivent, illustrent ce que nous venons de dire et mettent en évidence le petit nombre et le peu de spécificité des symptômes qui peuvent conduire au diagnostic précoce de la lèpre, diagnostic confirmé ici par des examens bactériologiques indiscutables.

OBSERVATION I (Marcel LÉGER)

Lors d'une de mes inspections à Saint-Laurent-du-Maroni, mon camarade et ami Patterson me montra un garçonnet métis, très surveillé par son père, qui depuis six mois présentait toutes les trois semaines des accès de fièvre irréguliers de plusieurs jours consécutifs. L'examen du sang n'avait jamais révélé la présence d'hématozoaires de Laveran, il n'y avait pas de parasites intestinaux. La fièvre en aucune façon ne réagissait à la quinine administrée. Les maximums étaient vespéraux, on ne constatait pas de vrais frissons, comme dans le paludisme. L'examen du mucus nasal fixa le diagnostic, il fut mis en évidence des bacilles lépreux. Le mois suivant, les lésions cutanées faisaient leur apparition sous formes de macules discrètes.

OBSERVATION II (M. W. KHOMOUTOFF)

Le malade est un jeune employé de 21 ans, originaire d'une famille saine et n'ayant aucun antécédent personnel ou collatéral morbide. Ce sujet, qui n'accuse aucun trouble, vient chercher un certificat médical de bonne santé qu'il doit présenter. On remarque un très léger œdème de la face, surtout aux arcades sourcillières. Les téguments sont hâlés, sauf à la face où ils sont plus clairs. Le froid rend la peau légèrement violacée; tous les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume, indolores, indurés, non soudés aux tissus adjacents. La ponction des ganglions inguinaux montre des bacilles de Hansen en grande quantité, isolés et en globi, typiques.

La lèpre commençante peut ne présenter qu'une lésion unique, restant longtemps unique, de la peau et des muqueuses, véritable chancre lépreux marquant le point d'inoculation. Tantôt ce chancre lépreux siège à la peau (figure, avant-bras). Plus souvent, d'après les médecins coloniaux, c'est aux membres inférieurs, aux pieds, aux jambes, chez les Africains et les Asiatiques, en raison des multiples éraillures ou piqûres fréquentes chez ces indigènes marchant pieds et jambes nus. Ces lépromes, chancres d'inoculation peuvent présenter les caractères classiques, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive souvent que les critères classiques sont incomplets, la teinte, la consistance peuvent ne pas être caractéristiques et surtout l'anesthésie peut manquer (De Beurman et Gougerot). Dans tous les cas, il faut recourir à la biopsie qui seule permettra l'examen bactériologique et histologique.

Nous citons ci-dessous une observation de lèpre commençante, caractérisée par une plaque unique faisant penser à un chancre lépreux.

OBSERVATION III

Un malade présente depuis 8 ou 9 mois une tache sur la moitié gauche de la lèvre inférieure, se prolongeant dans la fosse nasale par l'orifice narinaire. Elle est de coloration rose violacé, lisse, légèrement infiltrée, avec des bords bien limités. Elle est alopecique et de sensibilité normale.

Le diagnostic de maladie de Hansen est fait par la mise en évidence du bacille dans une phlyctène provoquée sur la tache par une application de neige carbonique.

Tantôt le chancre lépreux se cache dans les fosses nasales, Jeanselme en a montré tout l'intérêt pratique, l'air chargé de poussières vectrices de bacilles de Hansen, est aspiré par le nez, les bacilles s'y arrêtent et s'y développent, s'ils trouvent des conditions favorables. Il faut donc se méfier des coryzas chroniques. Gougerot cite à ce sujet un exemple démonstratif de ce coryza.

OBSERVATION IV

Un médecin grec, contaminé en Afrique ou à Madagascar, vient consulter le Professeur Gougerot, craignant la lèpre ; il n'a apparemment que des signes de rhinite depuis sept ans, sans autre lésion cutanée. Il n'a qu'un peu de muco-pus et des croûtes, mais un examen complet révèle des deux côtés des nerfs cubitaux, gros, moniliformes, douloureux, avec hypoesthésie nette de la main, l'examen bactériologique du mucus nasal montre des globi de bacilles de Hansen. On a l'impression, dit le Professeur Gougerot, que ce coryza est un chancre lépreux, car il existait depuis sept ans et les nerfs ne commencent à être douloureux que depuis un an.

Une autre forme anormale de début de la maladie de Hansen est caractérisée seulement par l'apparition de quelques bulles, dont le nombre peut varier suivant les cas. Ces bulles peuvent ne pas s'ulcérer dans certains cas ; dans d'autres, elles laissent la place à une ulcération, tout dépend de l'intensité des lésions et de la réceptivité du malade. Nous ne saurions trop insister

sur ce début exclusivement bulleux, car d'abord il a été le point de départ de notre thèse, ensuite, dans les deux observations que nous rapportons, le diagnostic de la maladie de Hansen n'a pas été porté. Dans l'observation de notre maître M. le Docteur Gaté, le diagnostic de lèpre a été écarté; dans l'autre, on ne l'a pas discuté.

OBSERVATION V

par MM. J. GATÉ, P.-J. MICHEL et J. CHARPY)

(Lèpre à début bulleux non diagnostiquée,

C... Rosa, 28 ans, israélite, venue en France depuis cinq ans, après avoir vécu longtemps à Constantinople, s'était présentée à la consultation du Service hospitalier de dermato-syphiligraphie des Chazeaux, il y a deux ans, pour des manifestations bulleuses récidivantes de la face antérieure du genou gauche. On constatait alors au-dessous de la rotule, l'existence de deux à trois bulles de 1 à 2 cm. de diamètre, renfermant un liquide citrin. A côté existait de minimes ulcérations, représentant d'anciennes bulles affaissées et en voie de cicatrisation. Le reste des téguments étaient absolument normal. Ces lésions bulleuses étaient alors apparues depuis quelques mois; ouvertes et pansées régulièrement par un pharmacien, elles guérissaient, mais de nouvelles bulles, avec une chronicité qui désespérait la malade, se reproduisaient au voisinage. L'interrogatoire et l'examen somatique n'apportaient aucune notion étiologique précise; on pensa à la lèpre, de même qu'à la syringomyélie, mais rien ne permettait de retenir l'un ou l'autre de ces deux diagnostics. Par éliminations successives des autres dermatoses bulleuses, on

en arrive à penser, en raison de quelques antécédents névropathiques (crises nerveuses avec mouvements convulsifs, suivies de scènes de larmes) et de la coexistence d'une anesthésie segmentaire suspendue de la jambe gauche, complète aux différents modes, qu'il pouvait s'agir d'une pathomimie cutanée dont il fut impossible de faire absolument la preuve, la malade ayant refusé toute hospitalisation et n'ayant pas été revue par nous. Signalons qu'à cette époque, cette jeune femme était enceinte de cinq mois et que sa grossesse, nous le savons depuis, s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant, âgé actuellement de 19 mois, d'aspect malingre et ne marchant pas encore.

Notre surprise fut grande, le 12 mars 1931, en voyant cette malade revenir à notre consultation avec des lésions cutanées qui imposaient, dès l'abord, le diagnostic de lèpre. Enceinte à nouveau de 7 mois, cette malade avait vu apparaître, dès le début de sa grossesse, des manifestations cutanées au niveau de la face, dont la tendance actuelle à la généralisation l'a décidée à consulter.

On découvre, tant sur la face que sur les membres supérieurs et inférieurs, une série de nodules tumoraux de coloration un peu terreuse, durs à la palpation, non ulcérés. Au niveau de la face, ceux-ci ont les localisations classiques le long des arcades sourcilières, sur les ailes du nez, les pavillons des oreilles et la région péri-buccale. Il n'y a pas d'alopécie concomitante, aucun coryza. Outre ces manifestations cutanées, il existe indiscutablement une atteinte nerveuse encore discrète; les deux nerfs cubitaux et les nerfs cruraux sont nettement hypertrophiés. L'exploration de la sensibilité montre dans l'ensemble une hypoesthésie tant à la chaleur qu'à la piqûre, plus marquée au niveau des lépromes.

Dans les premiers jours de son hospitalisation, la malade fait sous nos yeux une poussée aiguë, qui se juge par l'apparition au niveau du visage d'un placard érysipéla-

toïde discret, et au niveau des membres inférieurs par l'éruption de nombreux lépromes d'un aspect plus congestif et plus inflammatoire que celui habituellement observé. En même temps la malade présente une température à 40°. En quelques jours d'ailleurs ces manifestations aiguës disparaissent.

L'examen somatique ne révèle, par ailleurs, aucune altération organique qui puisse être rapportée. L'existence d'un peu de bronchite bilatérale nous a incité à soumettre cette malade à un examen radioscopique qui n'a révélé qu'un léger voile du sommet gauche, mais aucune lésion pulmonaire sérieuse. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La réaction de Bordet-Wassermann a été négative dans le sang, une biopsie a été pratiquée; nous n'avons pas encore connaissance de son résultat, mais dans la sérosité qui s'écoulait du fragment biopsié on découvrit de très nombreux bacilles de Hansen.

Ajoutons enfin que le mari et l'enfant de cette malade, examinés par nous, sont absolument indemnes.

OBSERVATION VI (P. VIGNE et Roger EMPERAIRE)

Lèpre hypochromique et achromique. Début bulleux non diagnostiqué.

Maurice P..., âgé de 30 ans, navigateur, né à Fort-de-France (Martinique), est entré à l'hôpital le 28 octobre 1926, pour des plaies du bord interne du pied gauche, consécutives à des phlyctènes multiples et pour des douleurs à la marche avec impotence fonctionnelle.

Le début remonte en juillet 1926. Le malade se trouvant alors à New-York, a vu apparaître à la face dorsale des

orteils du pied gauche de nombreuses bulles qui se sont ouvertes en laissant écouler une grande quantité de liquide séreux. Cette éruption s'est accompagnée de douleurs, de phénomènes généraux intenses et le malade impotent a été hospitalisé. On a alors posé le diagnostic de pied gelé.

Il rentre à Bordeaux, en août 1926, avec un pied énorme infecté et l'on y envisage l'amputation. A ce moment apparaît une éruption bulleuse généralisée. Ces lésions guérissent après éclatement, mais se reforment pendant quelque temps ; ces poussées bulleuses s'accompagnent de fièvre et de dysphagie.

Une amélioration s'étant produite, le malade sort de l'hôpital mais ne peut travailler, de nouvelles bulles se formant au pied gauche et une ulcération apparaissant à la face plantaire de la racine du gros orteil.

Finalement, le malade arrive à Marseille et entre dans le service de dermatologie de l'hôpital de la Conception.

Examen cutané. — Au pied gauche, sur la face dorsale des 2°, 3°, 4° et 5° orteils, des plaques achromiques dépigmentées à bords irréguliers. Sur la face externe du gros orteil, phlyctènes ouvertes laissant écouler une sérosité jaunâtre. A la face plantaire du gros orteil : croûte masquant une ulcération à allure de mal perforant.

Au cou-de-pied et à la jambe gauches : production kératosique plus pigmentée que la peau normale et une ulcération recouverte d'une croûte brunâtre.

Sur tout le corps et plus particulièrement sur le dos, on note des plaques à bords irréguliers et à pigmentation diminuée, que le malade n'avait pas avant son éruption bulleuse. Le visage et les mains en sont dépourvues.

A la face dorsale des mains et sur les faces externes des avant-bras on note des productions kératosiques à pigmentation augmentée et une éruption de petits boutons avec lésions de grattage.

Légère alopecie des bords externes des sourcils.

Pas de tubercules cutanés.

Examen nerveux. — Diminution nette de la force de la main gauche.

Steppage : 0. Romberg : négatif. Incoordination : 0. Tremblement : 0.

Hypoesthésie généralisée à la piqure et à la température.

Sensibilité tactile et profonde normales.

Membres supérieurs : réflexes normaux.

Membres inférieurs : réflexes vifs et polycinétiques.

Légère amyotrophie des éminences thénar et hypothénar et des muscles de la loge antéro-externe de la jambe.

Nerfs cubitaux et cruraux, surtout à gauche, donnent l'impression de cordons cylindriques douloureux et roulant sous les doigts.

Gros ganglions mobiles et douloureux de l'aisselle.

Pas de coryza, pas de laryngite.

Bacilles de Hansen dans mucus nasal, très nombreux.

B.-W. : négatif.

Une des caractéristiques de la maladie de Hansen est de débiter insidieusement avec un minimum de symptômes généraux et fonctionnels ; ordinairement, le malade voit apparaître quelques taches, il ne s'en alarme pas, rien ne lui fait mal, il est un peu surpris, c'est tout. Cependant ce début à bas bruit est loin d'être constant, il arrive parfois que la lèpre s'accompagne de signes généraux et fonctionnels intenses. En présence d'un tel syndrome aigu, on pense à toute autre chose qu'à la lèpre. Nous empruntons deux observations caractéristiques à M. le Professeur Gougerot :

OBSERVATION VII (GOUGEROT)

Une Syrienne me fut adressée comme atteinte d'érythème noueux banal et c'en était l'aspect : nodosités multiples des membres inférieurs, grosses, enflammées, douloureuses ; mais examinant complètement la malade, je décèle une douleur le long du sciatique gauche, il me semble que le nerf est gros ; et, surtout sur le flanc gauche du thorax, je découvre une tache brune ovale de 30 millimètres qu'elle ignorait et qui était anesthésique ; il n'y avait aucun autre signe de lèpre, le nez et le mucus nasal, les cubitiaux étaient intacts ; la poussée fut plus traînante que dans un véritable érythème noueux, plusieurs nodosités se résorbèrent ; mais sept persistèrent, devinrent des lépromes chroniques nets où je pus déceler des bacilles par petite incision avec un scarificateur à lupus.

OBSERVATION VIII

Un Brésilien me fut adressé pour syphilis aiguë fébrile. Il a sur tout le corps des nodules nombreux rouges et roses ressemblant à des papules syphilitiques. L'état général est mauvais, il a eu 39° et il a encore 38° comme dans une syphilis fébrile ; mais il avait eu la syphilis autrefois et il n'avait pas de signes de superinfection, les nodules sont douloureux, hyperesthésiques, quelques-uns hypoessthésiques, les nerfs cubitiaux sont gros, douloureux, semblant moniliformes ; je crois à la lèpre, ce que confirme une moucheture d'un nodule ; le suc recueilli contenait de nombreux globi de bacilles de Hansen. La poussée s'atténua ; la plupart des nodules se résorbèrent et il versa dans une lèpre chronique discrète.

Gid Burgos, dans le journal *Sao-Paulo Medica*, rapporte deux cas d'érythème noueux, que nous nous permettons de résumer.

Chez deux malades on note un érythème noueux récidivant accompagné d'adénites douloureuses et d'un état infectieux aigu. L'exploration clinique ne décèle pas de troubles de la sensibilité. Les examens de laboratoire donnent des résultats négatifs. C'est seulement plusieurs mois après que l'on peut mettre en évidence le bacille de Hansen dans le mucus nasal et dans les éléments pathologiques. Cet auteur attribue à la lèpre la poussée actuelle d'érythème noueux et aussi les poussées antérieures.

Il faut rapprocher de ces cas ceux dans lequel un érythème polymorphe constitue la forme de début de la lèpre. Aguiar Pupo, sur 585 lépreux a observé 9 fois l'érythème polymorphe comme forme initiale de la maladie.

Au premier plan des manifestations nerveuses, qui peuvent constituer les premiers symptômes de la lèpre, se trouvent les névrites, qui donnent lieu à des phénomènes variés (douleurs de caractère névralgique, paresthésies et plus tard atrophie, anesthésie, paralysies). Ces névrites sont caractérisées, à la palpation, par des nerfs augmentés de volume, présentant des renflements fusiformes, durs, douloureux ou insensibles à la pression.

Il existe une forme où la névrite ou des polynévrites, avec algies intenses, constituent le début de la lèpre. Notre Maître le Professeur Nicolas en a observé de nombreux cas pendant la guerre chez les Indochinois,

nous ne saurions trop attirer l'attention des médecins sur cette dernière forme.

Parfois, ce ne sera pas la névrite elle-même qui attirera l'attention du malade, mais un mal perforant plantaire, conséquence d'une névrite lépreuse. On cherchera l'étiologie de ce mal perforant, le diagnostic pourra s'égarer, surtout si le sujet est un ancien syphilitique et on pensera au tabes sans soupçonner la maladie de Hansen.

Comme nous venons de le voir, la lèpre à son début peut soulever une réelle difficulté; elle fait hésiter, égare, et si le clinicien ne pense pas à la lèpre, cette dernière passera inaperçue. Chaque symptôme peut exister à l'état isolé et constituer, du moins au début, la seule manifestation de la maladie.

Joachim Mottat a, dans une statistique que nous citons ci-dessous, classé avec leur pourcentage les symptômes par lesquels la maladie de Hansen peut débiter.

Rhinite	6,27 %
Epistaxis	3,6 %
Taches érythémateuses	70 %
Taches pigmentaires	10 %
Tubercules	12 %
Bulles	2,8 %
Ulcères.	2,5 %
Mal perforant plantaire.	1,6 %

CHAPITRE III

Formes anormales de la période d'état

Dans la majorité des cas, à la période d'état, le diagnostic de lèpre s'imposera. Toutefois, il ne faut pas oublier que la maladie de Hansen peut, à ce moment-là, tendre encore des embûches au diagnostic.

Tout d'abord, elle peut se présenter à nous avec un minimum de symptômes, c'est la forme fruste de la maladie de Hansen.

Dans d'autres cas, elle peut se manifester par un symptôme inusité, tel le prurit, c'est la forme prurigineuse de la lèpre.

D'autres fois, elle empruntera le masque des dermatoses les plus courantes, derrière lesquelles il sera très délicat de la reconnaître.

Ailleurs, elle sera associée au paludisme, à la syphilis, à la tuberculose et l'on aura de la difficulté à départager ce qui revient à l'une ou à l'autre des deux affections en cause.

Enfin, au cours de son évolution, il nous sera parfois difficile de lui attribuer des poussées suraiguës qui sont peu communes dans cette maladie et qui sont cependant en rapport avec l'infection lépreuse.

1° LÈPRE FRUSTE.

Nous entendons par lèpre fruste, une lèpre qui se présente avec un minimum de symptômes, qui est stabilisée depuis un certain temps et qui n'a pas tendance à évoluer.

OBSERVATION IX (LEBŒUF)

R..., canaque de 25 ans environ, a longtemps vécu avec son père lépreux. Le cubital gauche est hypertrophié notablement. Depuis deux ou trois ans, le malade présente de temps en temps des douleurs dans les jambes.

Tous les groupes ganglionnaires sont hypertrophiés.

Rien par ailleurs.

On ponctionne un ganglion cervical latéral. Dans la sérosité prélevée, on trouve en quantité de nombreux bacilles Hansen des plus typiques.

OBSERVATION X (MONTEL, de Saïgon)

Thi G..., fille métisse franco-annamite, 16 ans, née en Cochinchine, vient consulter en 1922 pour une ulcération péri-inguéale siégeant à la main droite et sur le bord radial du médius. Cette lésion occasionne des douleurs névralgiques dans toute la main et principalement sur le trajet d'un cordonnet mobile, dur, irrégulier et sinueux qui court sur la face dorsale de la main, elle date de

quelques mois. Ce péri-onyxis se présente sous la forme d'une petite ulcération de 1/2 cm. de longueur sur 3 mm. de largeur, ses bords sont à peine décollés, sa surface rouge brunâtre, elle est indolore, ne saigne pas, ne suppure pas et n'a aucune tendance à la guérison, elle ne s'accroît pas non plus depuis trois mois. Elle aurait débuté par une petite papule cutanée rougeâtre et légèrement prurigineuse qui s'est ulcérée. Elle est insensible à la piqure.

Faisant suite à la petite ulcération, à son angle proximal en peau non ulcérée, se voient groupées sur un espace de 1 cm², quatre ou cinq papules de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de mil, de couleur cuivrée, légèrement surélevées sur un fond de peau érythémateuse. A ce niveau, la peau est insensible à la piqure.

Au niveau du 1^{er} espace interosseux, sortant pour ainsi dire de la base du pli interdigital, on peut palper un cordonnet dur, arrondi, irrégulier, de la grosseur d'un fin lacet de soulier, qui rampe, sinueux, sur la face dorsale de la main jusqu'au niveau du carpe où le doigt perd sa trace, ce cordon est un rameau collatéral du nerf radial, hypertrophié, moniliforme; en le pressant, on éveille de vives sensations douloureuses en décharge électrique, le moindre choc provoque la même réaction. Un kyste synovial siège à la face dorsale du carpe. Le nerf cubital n'est pas perceptible.

Aucun autre signe, état général excellent.

Présence de bacilles de Hansen dans une biopsie des tissus ulcérés, rien dans le mucus nasal.

A la suite d'un traitement, la malade a vu disparaître toutes ces lésions.

2° FORME PRURIGINEUSE DE LA MALADIE DE HANSEN.

En cherchant dans la littérature médicale des observations de formes anormales de lèpre, nous avons été

surpris de trouver trois cas de lèpre prurigineuse. Il s'agissait d'un prurigo ferox qui pendant longtemps avait égaré le diagnostic et que l'on a rapporté finalement à sa véritable cause, c'est-à-dire à la lèpre. La première observation, celle de notre Maître M. le Professeur Nicolas, est très intéressante, d'abord par le prurigo ferox qui domine la scène, ensuite par les divers diagnostics qui ont été successivement portés, enfin par le caractère anormal des manifestations cutanées que présente le malade. Les deux autres cas qui vont être cités ci-dessous, sont des formes de début, mais nous avons cru bon de les rapporter ici à la suite de l'observation de M. le Professeur Nicolas, car toutes les deux présentent un caractère commun avec le cas précédent, un prurigo d'un type ferox, très tenace, résistant à toute thérapeutique.

OBSERVATION XI

(Par MM. NICOLAS, LACASSAGNE, VACHEZ)

Il s'agit d'un homme de 27 ans, né à Constantine, et ayant habité l'Afrique du Nord jusqu'à ces derniers temps. On relève dans ses antécédents la variole à 8 ans, la typhoïde à 10 ans, du paludisme en 1913.

L'affection a débuté, il y a sept ans. Il est impossible d'en retrouver le mode de contagion.

Ce fut d'emblée une éruption papuleuse très prurigineuse, sans période maculeuse préalable. Elle avait débuté aux membres inférieurs, puis s'est généralisée. Telle est l'intensité du prurit, dès cette époque, que l'on crut d'abord à une gale et que le patient fut soumis à la frotte,

qui ne fit qu'envenimer et le prurit et les lésions cutanées elles-mêmes.

Ce diagnostic abandonné, celui de lichen fut porté, et pendant plusieurs années le malade fut soumis à des traitements successifs par l'auto-hémothérapie, les injections de lait, les peptones, les auto-vaccins avec les microbes de selles, sans qu'aucune de ces thérapeutiques put arrêter l'évolution de cette dermatose prurigineuse.

Entre temps, en 1924, le sujet présente un chancre syphilitique traité immédiatement par des injections de néo-salvarsan; ce médicament aggrave le prurit de telle façon qu'on lui substitue l'huile grise.

Il n'y a jamais eu d'accidents secondaires.

En 1927, le malade est envoyé à Paris, dans un service de dermatologie. Là, on pense à la maladie de Hansen, mais une série d'examens de laboratoire restent négatifs. De sorte que l'on pose le diagnostic de prurigo avec lichénification géante. Cinquante piqûres d'adrénaline sont alors pratiquées sans résultat.

C'est le 4 octobre 1927 qu'il entre à la clinique dermatologique de l'Antiquaille. On constate alors :

Un prurit féroce, violent, généralisé, ayant résisté à toutes les médications, s'exagérant par crises.

Une éruption généralisée, formée d'éléments multiples : papules, nodules fibreux durs, gros éléments lichénifiés centrés par une pustule qui, lorsqu'elle se vide, laisse une cupule nécrotique, puis une cicatrice. Ces lésions, très abondantes, se voient à la face où il existe une coloration bronzée des téguments et des troubles trophiques marqués, alopécie des sourcils et des cils, au cuir chevelu, où l'on remarque, outre ces lésions, une alopécie en clairière, fait assez rare dans la maladie de Hansen, aux oreilles, aux membres supérieurs, avec troubles trophiques des doigts et des ongles; aux membres inférieurs, avec troubles trophiques des orteils.

Des lésions multiples et très douloureuses de la bouche

gênent la mastication et la déglutition, sur la face interne des joues, les lèvres, les amygdales, ulcérations multiples de la langue.

Un coryza persistant muco-purulent.

Des adénopathies volumineuses non douloureuses, inguinales, cervicales, axillaires.

Peu de troubles nerveux. Il n'existe aucun névrome. Ce n'est que récemment que viennent d'apparaître des troubles très discrets de la sensibilité à la chaleur, au niveau des mains et des pieds, ainsi que des secousses musculaires au niveau du membre inférieur gauche, avec trépidation épileptoïde des deux pieds sans clonus rotulien.

L'examen somatique est négatif.

Ce sont les examens de laboratoire pratiqués dans le service qui ont permis d'affirmer le diagnostic de lèpre, qui avait été posé cliniquement. En effet, si l'examen du mucus nasal est demeuré négatif, au contraire l'examen direct du pus des pustules, ainsi que la biopsie ont montré de nombreux bacilles de Hansen, qui signent sans conteste le diagnostic clinique porté.

OBSERVATION XII (Pedro L. BALINA)

X..., âgé de 25 ans, Argentin, marié, est un malade que je connais déjà depuis dix ans. Le 26 décembre 1923 il vient me consulter pour une tache insensible de la fesse, qu'il avait remarquée depuis déjà deux mois.

Le malade avait, dans son passé, présenté des symptômes d'asthénie, et postérieurement s'était installé un prurigo du type ferox, généralisé, qui sévissait avec une intensité extraordinaire, se produisant à époque, accentuée par des lésions d'eczéma et de lichénification surajoutée. Tous les traitements jusqu'ici employés n'avaient eu aucun

effet. La maladie faisait, depuis plusieurs années, horriblement souffrir le malade.

Le dégât des ongles, par grattage, avait amené la disparition de ces derniers et la formation de cors sur la peau des articulations interphalangiennes.

Lorsque le malade vint me consulter, son prurigo le laissait un moment tranquille, et c'était pour l'agrandissement progressif de la tache qu'il venait me consulter. En examinant le malade, je trouvais, sur la fesse droite, une tache érythémateuse qui avait déjà une extension comme deux paumes de main, à contours bien délimités.

Cette tache était insensible à la douleur et à la chaleur. Il n'existait pas, sur tout le tégument, d'autres lésions de même nature. Aucune lésion des muqueuses, ni hypertrophie des nerfs à la palpation. Je portais le diagnostic de lèpre maculo-anesthésique à lésion unique.

Le malade fut soumis à un traitement énergique par injections intra-musculaires d'éther éthylique d'huile de Chalmoogra. La tache érythémateuse disparut, ne laissant qu'une seule dischromie et une insensibilité aux deux modes.

Le prurigo fut, lui aussi, favorablement influencé par le traitement.

Le malade n'a, depuis, présenté aucun autre symptôme lépreux.

OBSERVATION XIII (GOUGEROT-CARTEAUD)

La malade n° 110-226 est une jeune négresse de la Guadeloupe, âgée de 6 ans. Elle nous a été amenée le 26 décembre 1931 pour confirmer ou infirmer le diagnostic de lèpre.

Cette fillette, d'apparence très bien portante, a eu, en

octobre 1930, de petits nodules violacés sur la joue gauche et à la face interne des cuisses. Malgré des examens négatifs du mucus nasal, on a soumis cette enfant à un traitement par des éthers chaulmoogriques.

A notre premier examen (septembre 1931), on constate sur la joue gauche de petits nodules violacés de 4 à 5 millimètres de diamètre et, sur le corps et les quatre membres, de nombreux petits nodules de prurigo avec trace de grattage. Mais il n'existait ni anesthésie, ni troubles de la sensibilité thermique, ni troubles de la réflectivité, ni anomalies des nerfs cubitiaux, ni coryza.

Nous adressons cette malade au service d'oto-rhinolaryngologie en vue de pratiquer une biopsie de la muqueuse nasale. Mais cette dernière, apparaissant entièrement saine, on nous renvoie la malade sans faire de biopsie.

A notre expresse demande, M. le Docteur Halphen fait cette biopsie, qui montre à l'examen microscopique de nombreux bacilles de Hansen.

3° La maladie de Hansen peut présenter, dans ses manifestations cutanées, un très grand polymorphisme ; en effet, elle est capable de revêtir l'aspect clinique d'autres dermatoses ; ce sont ces formes qui par excellence égarent le diagnostic, et sans la mise en œuvre de façon systématique et complète de tous les procédés de la laboratoire, la lèpre reste méconnue. Nous allons passer en revue un certain nombre d'observations qui nous fourniront l'occasion d'envisager les principaux syndromes dermatologiques, derrière lesquels se dissimule le plus souvent la maladie de Hansen.

A) *Lèpre vitiligineuse* : En 1923, à la III^e Conférence internationale de la lèpre, MM. Jeanselme, Paul

Blum et Edmond Terris avaient attiré l'attention sur les dyschromies lépreuses qui peuvent simuler à s'y méprendre le vitiligo et parfois les syphilides pigmentaires. Nous ne prétendons pas apporter quelque document nouveau en citant dans notre travail une observation de vitiligo typique chez un lépreux, rapportée par M. Gougerot à la Société de Dermatologie de Paris, du 10 juillet 1930, mais nous voulons seulement insister sur ce fait que la lèpre peut parfois soulever le diagnostic de vitiligo.

OBSERVATION XIV

(MM. GOUGEROT, RAGU, J. WEIL)

Ce malade, n° 884, âgé de 29 ans, sans antécédents notables, est un Portugais qui a séjourné au Brésil plus de douze ans auparavant.

On constate, à l'examen, deux ordres de symptômes :

1° Lésions de lèpre, dite nerveuse, des taches et anneaux érythémato-pigmentés et érythémateux avec, souvent, achromie centrale, notamment sur la face externe des deux bras et simulant un *vitiligo typique*; sur les flancs, les achromies ont un caractère très particulier, une dépigmentation péri-pilaire sur un tégument généralement pigmenté. On note une hypoesthésie nette des régions vitiligineuses, sans troubles thermo-analgésiques; il y a eu chute de la queue du sourcil droit, les nerfs cubitaux sont normaux;

2° Une seule lésion de lèpre tuberculeuse à la face antérieure de l'avant-bras gauche existe depuis dix ans, enchassé dans la peau, un nodule dur et saillant de dimen-

sions d'un gros pois, anesthésique, histologiquement riche en cellules lépreuses et en bacilles de Hansen.

Mucus nasal : présence de bacilles de Hansen.

B) Au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons pu trouver qu'une seule observation de lèpre ayant présenté à son début et au cours de son évolution un aspect télangiectasique. A côté des manifestations lépreuses habituelles existaient des télangiectasies très caractérisées disséminées sur tout le corps ; nous nous faisons un devoir de la rapporter ici.

OBSERVATION XV (Pedro L. BALINA)

N. N..., âgée de 23 ans, célibataire, maîtresse d'école depuis déjà six ans, née à Buenos-Ayres, où elle a vécu tout le temps, sauf pendant quelques mois où elle vint en Europe. En octobre 1918, elle eut une grippe qui lui fit perdre 8 kilogs et la laissa affaiblie. En février 1919, brusquement, sans aucune cause apparente, la jambe droite devint rouge et s'enfla, depuis la malléole jusqu'au genoux. Ce processus, peu douloureux, dura une semaine, et quand il eut disparu, la jeune fille remarqua des taches rosées disséminées sur la jambe. Quelques mois après, après un état télangiectasique identique, des taches rosées apparurent sur la jambe opposée.

En septembre 1920, la malade alla en consultation de rhinologie pour une obstruction du nez et une augmentation de la sécrétion nasale. Elle fut soumise à des lavages endonasaux et prit de l'iodure. En juillet 1921, la figure enfla durant quelques jours ; ensuite la malade nota que son visage restait anormalement rosé, ainsi que l'ap-

parition de télangiectasies. Dans la suite, le nez augmenta de volume et la sécrétion nasale disparut complètement. Elle eut aussi des épistaxis. Un an après, elle aperçut des taches sur les avant-bras, puis elle vint un jour à la consultation pour les lésions qu'elle présentait aux jambes. Notre attention fut attirée par l'énorme quantité de télangiectasies qui se trouvaient sur ses jambes. Comme nous propositions un examen général, la malade s'y refusa, disant qu'elle reviendrait le lendemain, ce qu'elle ne fit pas. Un an passa, puis un otorhinolaryngologiste nous adressa la malade pour faire le diagnostic étiologique d'une perforation du cartilage de la cloison.

Tout de suite notre attention est attirée par la teinte rosée du visage, qui présente de nombreuses télangiectasies. Le nez est déformé, aplati dans son tiers inférieur; la déformation est surtout accentuée du côté gauche. Le faciès n'est pas léonin. Les sclérotiques paraissent rosées; on voit de nombreux vaisseaux qui sillonnent les conjonctives. La muqueuse muco-linguale est saine. Nombreuses télangiectasies sur les oreilles. Les sourcils sont réduits aux deux tiers par une alopécie de la queue des sourcils. Pas de ganglions.

Thorax: Télangiectasies autour de la fourchette sternale, taches rosées sur les seins.

Pas de ganglions inguinaux.

Membres supérieurs: Sur les épaules, les bras, les avant-bras et les mains, l'on voit des taches disséminées de teinte variable, pas plus grosses en général qu'une pièce de 10 centavos, d'une coloration allant du rouge violet au rouge vif et rose amarante. On constate aussi les mêmes télangiectasies que sur le visage. Mains uniformément violettes, infiltrées; poignets hypertrophiés. Les cubitaux sont gros.

Sensibilité: Abolition de la sensibilité à la chaleur et à la douleur sur le bord cubital des avant-bras; l'anesthésie à la chaleur est absolue.

Membres inférieurs : Au niveau des pieds, surtout à la face antérieure, télangiectasies qui donnent à la peau une couleur jambonnée. De même, les jambes sont enflées, la peau est empâtée et présente des télangiectasies avec des taches violettes et saumonées.

Etat général : Rien d'anormal.

Mucus nasal : Bacilles de Hansen en grande quantité.

C) MM. Riou et Toullec ont rapporté dans le *Marseille Médical* une observation de lèpre atypique, intéressante à trois points de vue. En effet, nous trouvons, chez le même malade :

1° des symptômes de lèpre ;

2° de l'ichtyose nigricans du type sauriasis très caractérisé, qui a débuté en même temps que les symptômes précédents ;

3° des éléments rappelant ceux de la maladie de Darier.

Nous avons jugé utile de citer cette observation.

OBSERVATION XVI (MM. TOULLEC et RIOU)

Ichtyose nigricans. Eléments de la maladie de Darier

A. S..., tirailleur sénégalais, originaire du Soudan, arrivé en France en juin 1929 ; est entré à l'hôpital de Nîmes, le 17 octobre 1929, pour « lymphangite » de la jambe droite.

On a constaté, à ce moment, un œdème des jambes, plus marqué à droite, œdème dur, non douloureux, avec

albuminurie légère. Bordet-Wassermann négatif, absence de microfilaire sanguine.

Etat général médiocre avec amaigrissement progressif. Instabilité thermique avec accès de fièvre ne dépassant pas 39°.

12 décembre 1930 : L'attention est attirée du côté de la peau par une « desquamation de dénutrition ». Le 23 décembre, ce tirailleur a été évacué sur l'hôpital militaire de Marseille, en vue d'un rapatriement ultérieur.

Lors de son entrée, le malade est très amaigri, extrêmement frileux, inquiet, avec une tendance très marquée au sommeil. Une tache hyperchromique, érysipéloïde, infiltrée du dos du nez, attire immédiatement l'attention. En outre, surtout dans les sillons naso-géniens et au niveau du menton, la face est criblée de petites papules un peu plus grosses qu'une tête d'épingle ; la plupart d'entre elles, centrées par une croûte du type dyskératose folliculaire de Darier, certaines centrées par un orifice pilo-sébacé, d'autres nettement extra-folliculaires, puisque quelques-unes siègent sur la muqueuse labiale. Légère dépigmentation des joues, pas d'épaississement du lobule de l'oreille.

En découvrant le malade, on est frappé par les caractères particuliers de la peau, qui est rugueuse, sèche, couverte d'écailles noirâtres très adhérentes, siègeant, avec le maximum d'intensité, sur les faces d'extension des membres, sur le dos — entre les épaules et le long de la colonne dorso-lombaire — et sur l'abdomen. La disposition est symétrique. Les faces de flexion des membres et les plis surtout sont indemnes. On observe, par contre, par une kératodermie palmaire et plantaire ; ici la couche cornée, très épaisse, — 3 à 4 millimètres — peut être détachée facilement, en grands lambeaux ; au-dessous, il n'y a pas de rougeur, la peau n'est pas rétractée.

Anhydrose généralisée et pas de prurit.

Les ongles sont secs, striés longitudinalement. Les poils sont rares, cassants ; au cuir chevelu, on note une alopecie en clairière nette, les cheveux restant sont sers, lamigineux. Pas d'alopecie de la queue du sourcil.

Les muqueuses ne sont pas épargnées, il y a des taches pigmentaires brunes violacées sur le bord de la langue et quelques points de même couleur sur le voile du palais.

Lésions ulcéreuses de la cloison nasale, partie antérieure. Ulcération des deux cordes vocales dans le tiers antérieur. Polyadénopathie cervicale, occipitale, axillaire, crurale, avec ganglions durs, indolores.

Au point de vue nerveux :

Pas de troubles moteurs.

Hypoesthésie à la piqure dans certaines régions.

Douleurs à la percussion des os longs.

Infiltrations des gros troncs nerveux, cubitaux et cruraux ; plexus superficiel, hypertrophie avec renflement ; réflexes tendineux, réflexes achilléens abolis.

Amyotrophie des intérosseux, des éminences thénar et hypothénar.

Escharre sacrée de la dimension d'une pièce de 2 centavos.

Albuminurie persistante. Pouls : 58. Hypotension. Foie normal. Rate impercutable. Bordet-Wassermann négatif.

Bacilles de Hansen en globi dans le mucus prélevé au niveau des ulcérations nasales.

D) *Lèpre tuberculoïde* : Darier, à la III^e Conférence internationale de la lèpre, attira un des premiers l'attention des léprologues sur la forme tuberculoïde de la maladie de Hansen. Darier en rapporta deux observations. MM. Pautrier et Boez, de Strasbourg, en publient un autre cas.

En effet, on peut rencontrer sur la peau de certains

lépreux, des taches ou plaques multiples et parfois fort étendues, qui ne sont ni des lépromes, ni des léprides érythémato-pigmentées du type commun. Elles ressemblent beaucoup à du lupus vulgaire, leur structure histologique est au plus haut degré tuberculoïde, elles ne renferment pas de bacilles ou seulement quelques très rares bacilles isolés. Deux signes principaux les distinguent du véritable lupus :

1° Elles sont hypoesthésiques ou anesthésiques :

2° A la vitropression, la translucidité de leurs éléments est moindre que celle des lépromés. Par ailleurs, leur évolution est moins lente que celle du lupus.

La lèpre peut aussi créer des lésions ressemblant à s'y méprendre aux sarcoïdes.

Ces différents faits sont habituellement groupés sous l'étiquette de lèpre tuberculoïde.

Nous avons pu trouver, dans la *Révista Argentina de Dermato-Sifililogia*, deux observations de lèpre festations lépreuses habituelles existaient des télangiectuberculoïde lupiforme.

Par ailleurs, nous avons rencontré au cours de nos recherches trois cas de maladie de Hansen où le malade présentait des lésions à type de sarcoïdes. Nous allons rapporter ci-dessous ces différentes observations.

OBSERVATION XVII (SEMINARIO-GAVINA ALVARADO)

Lèpre tuberculoïde

O. F..., Argentine, née à Chaco, endroit où elle habitait jusqu'à il y a un an ; à cette époque, elle vint à la Capitale Fédérale ; elle se présente à notre consultation

de l'hôpital Rawson avec la dermatose que nous décrivons ci-dessous.

Antécédents héréditaires et familiaux : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Négatifs quant à la tuberculose.

Maladie actuelle : A débuté au niveau du front, sous la forme d'une petite plaque de la grosseur d'un petit pois, de couleur rose jaunâtre, lésion qui a progressé lentement jusqu'aux dimensions actuelles.

Un mois après qu'elle eut noté l'apparition de la tache initiale sur le front, la malade observa la petite lésion qu'elle présente au niveau de l'avant-bras et un peu plus tard de petites lésions sur le front et la pommette gauche.

En dehors de la dépression nerveuse due à la préoccupation pour sa maladie et la perte de quelques kilogs en un an, la malade n'accuse aucuns autres phénomènes généraux. Elle n'a observé ni rhinite, ni épistaxis, ni fièvre, ni rhumatisme.

Etat actuel de la dermatose : On observe au niveau du front une plaque infiltrée, bien limitée, entourée de bords micropolycycliques qui font saillie sur les parties saines environnantes ; la taille de la lésion est d'une paume de main, de coloration rose jaunâtre, de consistance élastique.

Autour de cette plaque principale, on observe quelques petits éléments disséminés, tubercules dont la taille varie entre celle d'une tête d'épingle et d'une lentille. Ces tubercules présentent les mêmes caractéristiques dermatologiques que la grande plaque frontale. Près de l'espace intersourciller, ces éléments se groupent pour former une plaque plus petite, de la largeur d'une pièce de 5 centavos.

Sur la pommette gauche, on observe une petite plaque de la grosseur d'un petit pois, présentant les mêmes caractéristiques.

En explorant à la curette, on trouve une légère desqua-

mation lamelleuse, très discrète, quelque peu adhérente, non folliculaire. La vitropression nous montre une infiltration lupiforme jaune, en disques qui n'ont pas les caractéristiques des lésions de lupus.

L'exploration avec un stylet nous montre un tissu de consistance plus dure que dans le lupus. Le tissu est sensible à la douleur, la sensibilité à la chaleur est conservée. Au niveau du bras droit, les lésions, de contours peu nets, ont une extension d'une paume de main; elles sont de forme ovalaires. Sur ces lésions, nous pouvons distinguer deux zones: une zone périphérique annulaire de 1 centimètre de large, mal limitée, de coloration lilas ou hortensia; elle est, à certains endroits, plus rosée. Sur ce rebord cutané, on trouve, inégalement distribués, de petits tubercules roses violacés dont la taille varie entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une lentille. Ce sont des lésions saillantes qui, explorées avec une curette, permettent de constater une légère desquamation. Cette zone annulaire, de couleur lilas, semée de tubercules, renferme une zone centrale de coloration plus claire et d'aspect légèrement atrophique et hypochromique. La sensibilité à la douleur est conservée, mais on observe une franche hypoesthésie à la chaleur.

En examinant le reste des téguments et des phanères, nous avons trouvé de la séborrhée de la peau du thorax, du pityriasis « estéatoïde » du cuir chevelu et du thorax, une légère teinte cyanotique avec kératose pileaire régulière sur les bras et les jambes.

Système pileux: Rien à signaler.

Tissu sous-cutané, système lymphatique et ganglionnaire: Rien d'anormal.

Tronc nerveux superficiel: Seulement un cubital droit cylindrique de diamètre uniforme, douloureux à la pression.

En considérant les lésions seulement au point de vue clinique et spécialement celles du front, nous nous trou-

vions en présence d'infiltration dermique, type tuberculeux.

Le diagnostic hésitant entre tuberculose et lèpre, on recourut alors au laboratoire, qui donna les résultats suivants :

Inoculation au cobaye : Négative.

Réaction à la tuberculine de Merk : Négative.

Cuti-réaction locale : Négative.

Cuti-réaction en peau saine : Négative.

Injection de 1/2 mgr de tuberculine intradermique : Ne donna que des résultats que l'on peut considérer comme négatifs.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles acido-résistants.

Les frottis effectués avec les produits de scarification des lésions donnèrent un résultat identique.

Finalement, nous effectuâmes la biopsie d'une plaque frontale, qui fut confiée au distingué anatomo-pathologiste Docteur Erausquin.

Le diagnostic anatomo-pathologique vint confirmer notre diagnostic, qui était que l'on se trouvait en présence d'une lèpre tuberculoïde.

OBSERVATION XVIII

(Pedro L. BALINA et J. C. BASOMBRIO)

Lèpre tuberculoïde avec localisation sur le cuir chevelu

X..., 58 ans, Espagnol ; c'est un individu qui a voyagé dans toutes les parties du monde et a habité pendant quelques années aux Iles Philippines. Depuis, il habite en Argentine, dans une localité où la lèpre est très fréquente. Depuis deux ans, le malade a noté l'apparition

d'une tache rouge sur la région frontale, au-dessus du sourcil droit. La lésion a augmenté lentement jusqu'à la taille actuelle, qui est celle d'une pièce de cuivre de 2 centavos. Elle est de forme arrondie, lisse, d'aspect uniformément luisante et cornée, brûlée et un peu infiltrée au toucher. Sur son pourtour sont disséminées quelques efflorescences qui ont l'aspect de petites papules de la même couleur que la lésion et qui se confondent, par leur coloration, avec le corps même de la lésion.

Le malade est chauve et il présente sur le cuir chevelu correspondant à la région fronto-pariétale droite de la calotte crânienne, trois autres lésions discoïdes et ovales, comparables, par leur extension les unes aux autres et par leur taille, qui est celle d'une monnaie de cuivre; toutes ont un aspect semblable à la tache déjà décrite. Chaque tache présente sur son pourtour un rebord de 3 millimètres qui, au toucher, permet d'apprécier une zone d'infiltration représentant la zone de progression de la tache. Sur le côté droit de l'une d'elles se trouve une lésion lenticulaire, rouge, infiltrée; c'est un groupement de petits nodules qui ont tendance à se fusionner, mais reconnaissable comme des efflorescences ayant une certaine autonomie.

Il n'y a pas d'autres lésions cutanées ou muqueuses.

Sensibilités tactile, thermique, à la douleur, conservées.

Le cubital droit est plus palpable que le gauche. Les autres nerfs accessibles ne sont pas modifiés.

Mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen après ingestion d'iodure de potassium.

Scarification du bord infiltré des taches : Bacilles de Hansen reconnaissables.

Une biopsie de la région frontale, examinée par le Professeur Eausquin, a révélé un processus nodulaire d'aspect lépreux et de type tuberculoïde.

OBSERVATION XIX
(Pedro L. BALINA, J. C. BASOMBRIO)

Enrique C..., Français, sujet de race blanche, 40 ans, marié, employé de commerce, note l'application d'une petite tache sur la cuisse droite, et deux mois et demi après apparaissent d'autres taches. Sur le côté gauche du menton, il présente une lésion discoïde de la taille de un sou en cuivre de 1 centavo, de couleur rouge cuivrée, à surface lisse et luisante, qui forme un relief en forme de ménisque aplati. Au toucher, on apprécie une notable infiltration de consistance comparable à celle d'un tampon de gomme. La structure de la lésion paraît uniforme; pas d'efflorescence visible sur son pourtour; aucune sensation subjective. Les poils et la barbe subsistent dans la région malade. Par son aspect clinique et par sa consistance, la lésion rappelle les sarcoïdes nodulaires, le syphilome plan et également l'infiltrat lépreux en disque.

La recherche de la sensibilité à la douleur et à la chaleur prouve qu'elle est bien conservée.

Sur la face postérieure de la cuisse droite se trouve une lésion arrondie, de 6 centimètres de diamètre, trycophitique par son aspect. Le bord de la lésion est marqué sur tout son pourtour par une ligne rouge de 4 millimètres de largeur et l'espace ainsi circonscrit est d'un rouge sombre. La surface de toute la lésion est lisse, douce au toucher et donne la sensation d'un peu d'infiltration. Sur la face externe de la cuisse, trois lésions comparables à de petites pièces de monnaie, rouges, qui paraissent de la même nature que la tache sous-jacente à la cuisse, déjà décrite. Finalement, d'autres taches semblables à celles de la face externe de la cuisse, tant par leur taille que par leur forme hyperchronique sur les bords et hypochronique en leur centre, sont situées sur l'épitrôchlée gauche. Il n'existe pas, sur le reste du tégument, d'autres lésions d'apparence analogue.

Çà et là, sur tout le tronc, on note la présence d'élément d'acné vulgaire invétérée et des cicatrices pareilles à des vergetures consécutives à ces éléments d'acné.

L'examen de la sensibilité révèle une légère hyperesthésie au niveau de la petite plaque épithrochléenne gauche. Mais, au niveau des cuisses, les lésions marquent une hypoesthésie nette à la chaleur et à la douleur. Cette remarque, jointe à l'aspect clinique des lésions de la cuisse imposent le diagnostic de lèpre maculo-anesthésique. Par extension, ce diagnostic peut être imposé à la plaque infiltrée, atypique du menton, et de diagnostic étiologique plus difficile sans le secours du laboratoire.

Le malade avoue quelques légers épistaxis. Pas d'augmentation de la sécrétion nasale. Les cubitaux paraissent aussi augmentés de volume des deux côtés. Rien d'identique au niveau du sciatique poplité externe et autres rameaux nerveux perceptibles lorsqu'ils sont hypertrophiés.

Micropolyadénopathie inguinale et cervicale.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen, même après ingestion d'iodure de potassium.

Les examens bactériologiques des frottis, effectués au niveau des lésions du menton et de la cuisse, sont restés négatifs.

Sang: B.-W. négatif.

Inoculation au cobaye : Négative.

Recherche de bacilles de Hansen sur frottis de ganglions : Négative.

La biopsie de la lésion du menton fut confiée au Docteur Eransquin : celui-ci, après un examen anatomo-pathologique, a répondu : Processus nodulaire d'aspect lépreux et de type tuberculoïde.

Les lésions ont été améliorées par le traitement antilépreux ; la lésion du menton est complètement guérie à la suite d'application d'acide trichloro-acétique.

OBSERVATION XX

(M. Joachim MOTTAT)

A... C., jeune fille de 12 ans, de race blanche, Brésilienne, est née de parents italiens, dans l'Etat de Muras Geraes, où l'endémicité de la lèpre est assez élevée. Ses parents sont bien portants, mais la malade a vécu longtemps avec sa sœur aînée, qui était lépreuse et qui est décédée il y a deux ans.

A cette époque, la malade présentait déjà deux taches érythémateuses sur un des bras et sur une des jambes, ainsi qu'une rhinite. Ces taches ont disparu en quelques semaines, mais, dès cette époque, la malade présente souvent des poussées fébriles, toujours suivies d'une éruption de nodules dermo-épidermiques nombreux, de grandeur variable, rouges, douloureux, qui s'effacent complètement en quelques semaines, en laissant seulement des taches diffuses, légèrement violacées et aussi, dans quelques endroits, des taches achromiques, celles-ci présentant une évidente hypoesthésie. A la fin de l'année dernière, la malade a été frappée par une nouvelle poussée fébrile, cette fois plus intense et de plus longue durée, pendant laquelle surviennent des nodules plus profonds, dont le développement a été insidieux et qui encore, aujourd'hui, n'ont subi aucun changement.

Lors de notre premier examen, la malade avait eu quelques jours auparavant une autre poussée fébrile et présentait encore des nodules superficiels, de caractère aigu, qui ressemblaient tout à fait à un érythème noueux. Ces nodules étaient dermo-épidermiques, rouges, saillants, douloureux, de la grosseur d'une noisette et même d'une noix. A leur niveau, il y avait de l'hperesthésie.

A côté de ces nodules superficiels, la malade présentait au cou des nodosités plus profondes, dont la formation était insidieuse. Ces nouures étaient multiples, dissémi-

nées à peu près systématiquement sur la face d'extension des membres sur le dos et sur les flancs. Elles étaient au nombre de 12, de la grosseur d'une cerise, le volume de quelques-unes atteignait celle d'une noix; les néoformations avaient une allure tout à fait chronique, elles étaient indolentes et adhéraient parfois à la peau qui, légèrement soulevée, se montrait de couleur brunâtre ou violacée. Un examen attentif nous a permis de décélérer une légère hypoesthésie au niveau de ces nouures.

La malade présentait, en outre, des taches achromiques hypoesthésiques disséminées, reliquats de lésions aiguës, ainsi qu'une rhinite inconstante.

Malgré cet aspect atypique, le diagnostic de lèpre fut porté et l'on considéra les néoformations hypodermiques comme des sarcoïdes noueuses disséminées.

On chercha, mais en vain, à décélérer le bacille de Hansen :

1° Dans le mucus nasal à plusieurs reprises, même après I. K. ;

2° Dans le suc ganglionnaire après ponction, à deux reprises ;

3° Dans les frottis de fragments de peau excisés au niveau des lésions cutanées ;

4° Dans le sang, par la méthode de Crow et Rives.

Une enquête faite dans l'entourage de la malade nous a permis de découvrir la lèpre chez sa sœur cadette; celle-ci présentait des lépromes typiques de l'oreille avec de nombreux bacilles dans le mucus nasal. La malade avait été examinée deux ans auparavant, à l'Institut Oswaldo Cruz où l'on avait trouvé des bacilles dans le mucus.

A l'égard des nouures hypodermiques, on a réussi à vérifier leur structure tuberculoïde avec des lésions de « wucheratrophie » telles qu'on en rencontre dans les sarcoïdes noueuses disséminées.

OBSERVATION XXI
(MM. VIGNE, FOURNIER, VIDAL)

Sarcoïdes de la lèpre

Mme Louise P..., âgée de 64 ans, originaire de Saint-Jean-du-Gard, vient consulter à la Clinique Dermatologique, le 27 mai 1931, pour des lésions cutanées ayant débuté au commencement du mois de février précédent.

A cette époque, la malade se plaignait d'asthénie et de douleurs rhumatoïdes accompagnées de poussées fébriles ; se fatigant au moindre effort, elle constatait également un amaigrissement net, bien qu'elle ne puisse en indiquer la valeur. Enfin, des sensations interminables de brûlures au niveau de la joue gauche, annonçant l'apparition de lésions cutanées qu'elle présente actuellement à ce niveau. Une première tache apparaît dans la partie moyenne de la joue gauche, au début du mois de mars. Progressivement, elle s'accroissait en surface et en saillie, tandis que dans la quinzaine suivante, les éléments de même type apparaissaient dans son voisinage au niveau du menton et du cou.

L'extension de ces lésions la décide à venir consulter, et comme aucun diagnostic satisfaisant ne peut être établi, la malade est hospitalisée. Dans les jours suivants, l'aspect des lésions évoquait la possibilité, soit d'une tuberculose en nappe, d'une sarcoïde de Boeck, soit d'une tumeur d'emblée de mycosis fongoïde.

Une biopsie est pratiquée et les lésions histologiques observées font penser à une sarcoïde. Mais, au cours d'un examen plus complet, on constate des zones anesthésiques et thermo-anesthésiques. On recherche le bacille de Hansen, dans les coupes, et on découvre, en effet, la présence d'assez nombreux bacilles isolés nous permettant de porter le diagnostic de lèpre, de forme atypique.

Examen clinique : la joue gauche est le siège d'une large zone rouge et nodulaire se différenciant en trois placards distincts : le premier est au niveau de l'angle externe de l'œil ; le deuxième, en dessous du précédent, est plus étendu et atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs ; le troisième siège en dessous et en dehors de la commissure latérale, il atteint la dimension d'une pièce de 2 francs.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, d'autres éléments d'aspect semblable ont apparu sous le menton, au niveau de la partie moyenne et antérieure du cou et au-dessous du tragus de l'oreille gauche.

Ces éléments, d'aspect lupiforme, arrondis ou ovalaires, sont saillants, à contours nettement limités. Le placard central (le premier en date) est déprimé à son centre, tandis que sa bordure est plus saillante. La teinte généralisée des lésions est rose vif au début, puis vire au rouge foncé, violacé, même livide au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Cependant, cette teinte n'est pas absolument uniforme.

A la vitropression, on a l'impression d'une masse jaunâtre ou blanchâtre par place, située dans un épiderme aminci, lisse et tendu.

La palpation donne la sensation d'une consistance solide et régulière, sans indications localisées, ni fluctuation ; elle mobilise parfaitement la lésion, qui demeure uniquement cutanée.

Depuis l'entrée à l'hôpital ont apparu quelques nodules fusiformes d'un rose vif, au niveau du front, de la joue droite et des avant-bras.

Aspect histologique : Lésions que l'on a l'habitude de voir dans les sarcoïdes de Boeck, mais une coloration au ziehl formol montre un certain nombre de bacilles acido-résistants. Ces bacilles sont isolés ou réunis deux par deux.

E) Enfin, à côté des cas où l'érythème polymorphe marque le début de la maladie de Hansen, il n'est pas rare d'observer l'érythème polymorphe comme manifestation intercurrente de la lèpre. Lutz, Besnier, Courmont et Favre en ont rapporté des exemples ; MM. Nicolas, Gaté et P.-P. Ravault ont présenté à la III^e Conférence internationale de la lèpre un cas d'érythème polymorphe récidivant, survenu au cours de l'évolution de la maladie qui nous intéresse. Aguiar Pupo a observé 17 fois l'érythème polymorphe comme manifestation intercurrente de la maladie de Hansen.

Nous rapportons ci-dessous, tout d'abord un cas de léprides à forme d'érythème noueux, ensuite nous citons l'observation de MM. Nicolas, Gaté et Ravault.

OBSERVATION XXII (M. J. TISSEUIL)

Léprides à forme d'érythème noueux

Le Tonkinois N'G... van B... présente, à son entrée au sanatorium, une infiltration de toute la face, rouge, tomenteuse, ainsi que quelques nodules sur le cou. Les mains et avant-bras sont un peu cyanosés et les cubitaux sont augmentés de volume.

Frottis de la peau : Assez nombreux ; bacilles de Hansen.

Traitement à la crysalbine, puis à l'hyrganol jusqu'au 31 mai 1930. Au bout de cinq à six piqûres il a une poussée aiguë avec augmentation de l'infiltration, puis tout revient à l'état antérieur.

A la visite du 26 janvier 1931, le malade se plaint de beaucoup de fièvre, de douleurs, de prurit. Il est atteint

d'éruption nodulaire, surtout marquée aux jambes. Cette éruption offre l'aspect de l'érythème noueux. Ces nodules sont irréguliers, comme volume et comme saillie. Leur teinte est violacée, c'est une véritable hémorragie diffuse avec petites ecchymoses ponctuées. Sur une partie de la surface des nodules existe une bulle vidée dont apparaît l'effraction faite sans doute par grattage.

En dehors des jambes existe un vaste placard sur le dos, côté droit. Au niveau de l'extrémité des 11^e et 12^e côtes, dont la surface est tomenteuse avec également des bulles crevées.

Au front se trouve une réaction semblable, ainsi qu'à l'avant-bras droit, face antérieure. L'infiltration de la face paraît plus accentuée.

Cependant, la teinte hémorragique ne ressort bien qu'aux jambes et les bulles ne s'observent qu'après un examen minutieux. Ces nodules sont prurigineux et douloureux. Une biopsie est faite sur une partie d'un nodule de la jambe droite, la plaie saigne beaucoup.

Le 31 janvier, les nodules sont moins aigus, moins sail-lants, conservent toujours la même teinte. Le 4 février, les symptômes s'atténuent, et le 7 février les nodules des jambes ont complètement disparu, ne laissant qu'une surface lisse, un peu brunâtre, un peu desquamante. Les nodules nouveaux de la face ont disparu et il ne reste que ceux du dos et de l'avant-bras droit.

11 février 1931 : Amaigrissement très marqué, épais-sissement irrégulier de la peau au niveau de l'emplacement des anciens nodules. La cicatrice de la biopsie est un peu violette.

14 février : La palpation pour la recherche de l'infiltra-tion est assez douloureuse. Dans les frottis de la peau, au voisinage de la cicatrice, on trouve des bacilles de Hansen très nombreux.

Histologie des coupes du fragment biopsié : Trois faits dominant dans l'étude des coupes :

- 1° Hémorragie des tissus ;
- 2° Thrombose des capillaires ;
- 3° Infiltration lépreuse abondante avec cellules contenant de nombreux bacilles de Hansen.

OBSERVATION XXIII
(MM. NICOLAS, GATÉ et P. P. RAVAUULT)

*Lèpre bulleuse lazarine avec poussées récidivantes
d'érythème polymorphe*

Malade originaire de Mogador.

Début : Lésion ulcéreuse du petit orteil (peut-être chancre lépreux) ; ultérieurement, névrites multiples typiques, dont la névrite crurale, sur laquelle l'attention semble ne pas avoir été assez attirée jusqu'ici. Troubles trophiques classiques cutanés et osseux du côté des orteils ; enfin, lésions caractéristiques de la lèpre lazarine, c'est-à-dire éléments bulleux et dischromiques avec prédominance des taches achromiques. On n'a pu déceler le bacille de Hansen qu'au niveau des taches achromiques, sans qu'on ait pu le mettre en évidence dans le mucus nasal, même après administration d'iodure de potassium.

Au cours de son évolution, le malade a présenté à deux reprises, en octobre 1922 et en juin 1923, un érythème polymorphe des plus typiques. Au siège d'élection, c'est-à-dire sur les avant-bras, apparurent des éléments rouges, nodulaires, surélevés, un peu sensibles à la pression, ayant donc certaines analogies avec l'érythème noueux. En même temps, léger état infectieux, température à 39°5. L'examen histologique de l'un des éléments, prélevé par biopsie, montre les lésions classiques de l'érythème polymorphe et non celles des lépromes ; le bacille de Hansen n'a pu être mis en évidence au sein de ces éléments.

De tels faits peuvent recevoir une interprétation pathogénique très variable. Certains auteurs, tels que le Professeur Ramel, de Lausanne, soutiennent qu'il s'agit dans ces cas d'érythème polymorphe idiopathique de nature tuberculeuse, déclenché par la maladie de Hansen (biotropisme de Millian). L'école française, fidèle à la conception classique, continue à voir dans l'érythème polymorphe un syndrome multi-étio-logique, et conformément à cette manière de voir, nous estimons que l'érythème polymorphe que l'on peut observer au cours de la lèpre, est en relation directe avec cette affection. Dans certains cas, ainsi que l'établissent certaines observations où le bacille de Hansen a été découvert dans les efflorescences ou les nodosités de l'érythème noueux, l'érythème polymorphe a la valeur d'une véritable lépride (Observation XXII). Dans d'autres cas, il n'est pas impossible qu'il représente, ainsi que le soutient Aguiar Pupo, une véritable réaction cutanée allergique, liée à des destructions bacillaires par des anti-corps ou des agents médicamenteux.

4° FORMES ASSOCIÉES DE LA MALADIE DE HANSEN.

La lèpre peut s'associer à la syphilis, à la tuberculose, au paludisme, etc., etc... suscitant ainsi des difficultés de diagnostic. M. le Professeur Gougerot a rapporté trois observations de lèpre associée, que nous allons citer :

a) *Lèpre et paludisme :*

OBSERVATION XXIV

Un malade avait une lèpre fruste réduite à quelques nodules du corps de la face, tubéreux, effacés, sans saillie, presque « cicatrisés », mais avec encore épaississement élastique du derme. A chaque accès paludéen, les lépromes s'animaient, devenaient rouges, saillants, tuméfiés, œdémateux pendant quarante-huit heures, puis s'atténuaient en quatre à six jours, et c'était bien des lépromes, car ils contenaient du bacille de Hansen, alors que les bacilles étaient introuvables en temps habituel, et c'était bien du paludisme, car il avait alors de l'hématozoaire dans ses hématies et la quinine arrêtait net les accès paludéens.

b) *Lèpre et tuberculose :*

OBSERVATION XXV

Un lépreux, atteint de lèpre classique « tuberculeuse » et nerveuse, vieil hospitalisé de Saint-Louis, avait une « phtisie fibreuse » avec sclérose pulmonaire et bronchique, les crachats contenaient des bacilles de Hansen en globi et des bacilles isolés; or il y avait associé du bacille de Koch, car ils tuberculisaient le cobaye.

c) *Lèpre et syphilis :*

OBSERVATION XXVI

Un lépreux « guéri » n'avait plus que des macules brunes anesthésiques, reliquats pigmentés de lépromes tubéreux; ancien syphilitique, il vient nous consulter pour

un gros testicule gauche en galet ; c'est l'aspect classique de la syphilis tertiaire ; le B.-W. est positif, le traitement par le 914 amène une régression rapide en quatre semaines, mais il reste un testicule de grosseur presque normale, dur, irrégulier, indolent ; la ponction amène un suc contenant des granules protéiques sans spermatozoïdes et des petits globi de bacilles de Hansen. C'était donc un hybride de syphilis et de lèpre testiculaire chez un lépreux et syphilitique latent, en apparence guéri de ces deux infections : il faut donc se méfier des lésions latentes de la lèpre dans le testicule aussi bien que dans la syphilis.

5° La lèpre est une maladie infectieuse essentiellement chronique évoluant par poussées successives. Ces poussées sont en général peu marquées et ne gênent pas le malade ; cependant il peut ne pas en être toujours ainsi, et la maladie de Hansen prendra alors une allure suraiguë. Ces faits sont bien connus, mais cependant d'une observation peu courante.

Dans l'observation V, publiée par notre Maître M. le Docteur Gaté, nous nous trouvons en présence d'une malade en pleine poussée aiguë, la température est à 40° ; elle présente sur la face un placard érysipélatoïde et au niveau des membres inférieurs, une éruption de lépromes d'un aspect très congestif et très inflammatoire.

MM. Gaugoux et Bianchi rapportent une poussée évolutive impressionnante au cours d'un cas de lèpre.

OBSERVATION XXVII

Début brusque, chez une lépreuse, de phénomènes généraux graves, accompagnés d'éruption purpurique, siégeant sur tout le corps. A ces éruptions purpuriques font suite des épistaxis et des gingivorragies abondantes : état typhique.

Séro-diagnostic de Widal : Négatif.

Hémoculture : Négative.

Ramollissement et disparition des lépromes au cours de la période d'hyperthermie. Réapparition des anciens éléments et apparition de nouveaux lépromes après guérison. En somme, phénomènes généraux semblables à ceux de la typho-bacilliose.

Les examens de laboratoire, négatifs dans le sens d'une affection typhique ou d'une autre infection, nous permettent de conclure à une poussée évolutive lépreuse, intéressante du fait des signes hémorragiques l'ayant accompagnée.

Au cours de ce chapitre nous n'avons pas eu la préention d'apporter des documents nouveaux, nous ne croyons pas non plus avoir fixé une classification intangible des formes anormales de la maladie de Hansen. Nous nous sommes simplement efforcé de montrer comment la lèpre peut revêtir des aspects dermatologiques variables et créer des difficultés diagnostiques d'autant plus grandes qu'il s'agit d'une affection rare à laquelle on ne songe guère. D'un diagnostic déjà parfois délicat, surtout au début quand elle se présente dans sa symptomatologie classique, la difficulté sera

évidemment à son comble dans l'une quelconque des éventualités que nous avons envisagées, où l'esprit s'orientera tout naturellement vers des dermatoses beaucoup plus courantes, telles les sarcoïdes, le vitiligo, etc., etc. De tels faits méritent donc d'être largement vulgarisés, ils permettront dans certaines circonstances, devant une dermatose qui ne fait pas sa preuve, de suspecter et de reconnaître la maladie de Hansen.

CONCLUSIONS

I. — La lèpre peut, à son *début*, créer de grandes difficultés diagnostiques pour le clinicien qui la soupçonnera difficilement dans certaines formes anormales.

a) Début oligo ou mono-symptomatique ;

b) Début exclusivement bulleux ;

s) Début aigu et fébrile.

II. — La maladie de Hansen est d'autre part susceptible de revêtir, *au cours de son évolution*, des aspects très protéiformes (ichtyose, maladie de Darier, sarcoïdes, érythème polymorphe, etc., etc...) qui peuvent égarer le diagnostic vers d'autres dermatoses plus courantes.

III. — Il importe cependant que le diagnostic soit fait précocement, c'est là la condition essentielle d'une prophylaxie et d'une thérapeutique efficaces.

IV. — L'obstacle le plus fréquent à l'établissement du diagnostic doit être cherché dans l'oubli où la lèpre est inconsciemment tenue, dans nos régions, par de trop nombreux médecins. En conséquence, il importera de penser toujours à la maladie de Hansen et de

discuter ce diagnostic devant toute manifestation cutanée qui ne fera pas sa preuve.

V. — Le diagnostic de lèpre, dans les formes anormales de cette affection, devra le plus souvent se baser sur une enquête étiologique et sur des examens bactériologiques (mucus nasal, biopsies) systématiquement et correctement conduits.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 29 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BALINA (Pedro L.). — Lèpre tégumentaire accompagnée d'un état télangiectasique extraordinaire. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, 1929, p. 84.
- Lépride solitaire de la fesse accompagnée de prurigo ferox chronique. *Revista de Dermato-Sifilologia*, 1929, p. 81.
- BALINA (Pedro L.), BASOMBRIÓ (J. C.). — Deux cas de lèpre tuberculoïde. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, 1927-1928.
- BEURMANN (DE) et GOUGEROT. — Lépreux non anesthésiques. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 7 décembre 1907, p. 480.
- BURGOS (Gid). — *Sao-Paulo Médica*, n° 4, août 1931, p. 214.
- BURNET (Etienne). — *La lèpre*. Flammarion, éditeur.
- DANTEC (LE). — *Précis de pathologie exotique*.
- DARIER (J.). — Compte rendu de la première Conférence Internationale de la lèpre, Berlin, 1897.
- Tuberculoïdes de la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 171.
- DARIER (J.) et DUBREUILH (W.). — Compte rendu sommaire de la troisième Conférence Internationale de la lèpre, Bergen, 1909.
- DELAMARE et ACHITOUV. — Léprosyphilis probable. Dactylite à bacilles acido-résistants. *Presse Médicale*, p. 979.

- GAC (P. LE). — Signe de la percussion douloureuse dans la lèpre. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1931, p. 363.
- GATÉ et MICHEL. — Les érythèmes polymorphes. Questions médicales d'actualité, novembre 1931.
- GATÉ (J.), MICHEL (P. J.) et CHARPY (J.). — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1931, p. 714.
- GAUJOUX et BIANCHI. — Poussée évolutive au cours d'un cas de lèpre. *Marseille Médical*, t. I, 1926, p. 1024.
- GOUGEROT. — Formes atténuées localisées fixées curables de la lèpre. *Revue pratique des maladies des pays chauds*, octobre 1927, p. 501.
- Difficultés du diagnostic de la lèpre. *Monde Médical*, n° 784, 1^{er} février 1931, p. 65.
- GOUGEROT, CARTEAUD. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1931, p. 1461.
- GOUGEROT, RAGU, WEILL (J.). — Lèpre vitiligineuse. *Société de Dermatologie*, 10 juillet 1930.
- MAURO GUILLEN (D^r). — Diagnostic précoce de la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 243.
- JANSELME, BLUM (Paul), BLOCH (M.), TERRIS (Edmond). — Réactions de fixation au cours de la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 231.
- JANSELME, BLUM (Paul), TERRIS (Edmond). — Les dyschromies lépreuses. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 191.
- KHOMOUTOFF (M.W.). — *Vratchebnæ Delo*, n° 3. 15 février 1930, p. 214.
- LEBŒUF (Médecin-Major de 2^e classe). — Lèpre fruste en Nouvelle-Calédonie. *Archives de Médecine et d'Hygiène coloniale*, janvier, février, mars 1914.
- LÉGER (Marcel). — Remarques cliniques sur la lèpre. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, juillet 1927, p. 577.

- MARCHOUX (E.). — Lèpre du rat et sa transmission probable à l'homme. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 109.
- Marche de l'infection lépreuse et évolution de la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 151.
- MATHIS (D^r G.). — La réaction de Bordet-Wassermann dans la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 229.
- MILIAN (G.). — Lèpre et syphilis. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 241.
- MILIAN, DEGOS. — Lèpre aiguë. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, février 1931, p. 184.
- MONTÉL (R.). — Lèpre localisée fruste. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, t. XXX, n^o 5, 1932, p. 408.
- MOTTAT (Joachim). — Aspect et symptômes de la lèpre dissimulée. *Revista das clinicas*, 1929.
- Sarcôides de la lèpre. *Annales de Dermatologie*, novembre 1931.
- MOULIÉRAC. — Contribution à l'étude de l'évolution de la lèpre dans le Comté de Nice. *Thèse de Montpellier*, 1930.
- MUIR (D^r E.) (Inde Anglaise). — Nomenclature de la lèpre. *III^e Conférence Internationale de la lèpre*, p. 157.
- NICOLAS (J.), GATÉ (J.), RAVAUULT (P. P.). — Lèpre bulleuse, lazarine, avec poussées récidivantes d'érythème polymorphes. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 204.
- NICOLAS, LACASSAGNE, VACHEZ. — Lèpre à caractères cutanés anormaux avec prurit intolérable persistant, type prurigo ferox. *Lyon Médical*, mars 1928, p. 296.

- PAUTRIER (L. H.) et BOEZ (L.). — Cas de lèpres tuberculoïdes. *III^e Conférence Internationale de la Lèpre*, p. 182.
- PEYRI (Antonio). — *Ecos Espagnoles de Dermatologia el Syphiligraphia*, n^o 63, décembre 1930, p. 165.
- SEMINARIO (C.), CAVINA ALVARADO (E. R.). — Lepra tuberculoïde. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XII, 1927-1928, p. 112.
- SOULAGE, NACLESTIN. — Lèpre cutanée éruptive varicelliforme. *Revue de Médecine et d'Hygiène sociale*, mars-avril 1932.
- TISSEUILH (J.). — Splénomégaties subaiguës dans la lèpre. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, novembre 1930, p. 1911.
- Léprides à forme d'érythème noueux. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1931, p. 366.
- TOULLEC et RIOU. — Un cas de lèpre atypique avec prédominance des lésions cutanées. *Marseille Médical*, 25 mars 1931, p. 414.
- VIGNE, FOURNIER (H.) et VIDAL. — Lépromes de la face à forme de sarcoïdes en nappe. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, mars 1932, p. 346.
- VIGNE et EMPERAIRE. — Lèpre hypochromique et achromique. Début bulleux non diagnostiqué. *Marseille Médical*, 1927, p. 238.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Rappel de la symptomatologie classique de la lèpre.....	15
CHAPITRE II. — Formes anormales de début.....	21
CHAPITRE III. — Formes anormales de la période d'état	35
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS - ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



